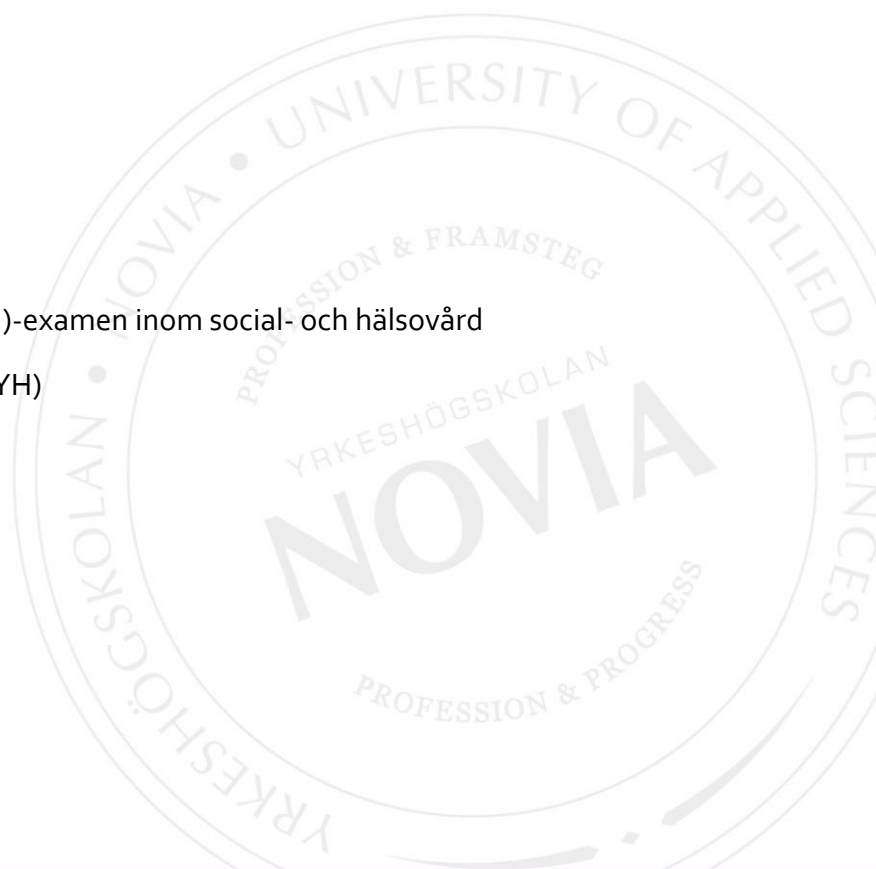


Den omskurna kvinnans möjligheter till vård i Finland

Utvecklingsarbete inom barnmorskeutbildningen
– artikel och undervisningstillfälle

Julia Gäddnäs
Mirjam Snellman

Utvecklingsarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård
Utbildning: Barnmorska (YH)
Vasa, 2020



UTVECKLINGSARBETE

Författare: Julia Gäddnäs & Mirjam Snellman
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa
Handledare: Anita Wikberg

Titel: Den omskurna kvinnans möjligheter till vård i Finland

Datum: 27.5.2020

Sidantal: 17

Bilagor: 3

Abstrakt

Syfte: Syftet med detta utvecklingsarbete är att sprida kunskap om kvinnlig omskärelse och dess påverkan på kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa till vårdpersonal i Finland. Respondenterna ville även ta reda på vilken vård som kan erbjudas till omskurna kvinnor i västvärlden samt sprida kunskap om detta.

Frågeställning: Vilken vård har omskurna kvinnor möjlighet till i Västvärlden?

Metod: För att söka information om vårdmöjligheter gjordes en "scoping review". För att sprida kunskap skrevs en fackartikel till Kättilölehti. Dessutom hölls ett undervisningstillfälle på Yrkeshögskolan Novia.

Resultat på frågeställningen: Omskurna kvinnor kan bland annat få hjälp genom en deinfibulation eller en klitorisrekonstruktion. En deinfibulation innebär att man öppnar upp efter en omskärelse av typ tre. Klitorisrekonstruktion innebär att man försöker återskapa klitoris anatomi och funktion.

Slutsats: Omskurna kvinnor som behöver vård bör erbjudas möjlighet till vård i olika former. Alla kvinnor som är omskurna enligt typ tre bör erbjudas en deinfibulation.

Språk: Svenska

Nyckelord: Kvinnlig omskärelse, kvinnlig könsstympning, deinfibulation, klitorisrekonstruktion

KEHITYSTYÖ

Tekijä: Julia Gäddnäs & Mirjam Snellman
Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa
Ohjaaja: Anita Wikberg

Nimike: Ympärileikatun naisen hoitomahdollisuudet Suomessa

Päivämäärä: 27.5.2020 Sivumäärä: 17 Liitteet: 3

Tiivistelmä

Tarkoitus: Tämän kehitystyön tarkoituksena on levittää tietoa naisen ympärileikkauksesta ja sen vaikutuksista naisen seksuaalisuuteen, ja lisääntymisterveyteen, Suomen terveydenhuollon ammattilaisille. Kirjoittajat halusivat myös selvittää, minkälaista hoitoa voidaan tarjota ympärileikatuille naisille länsimaissa, ja levittää tietoa tästä.

Tutkimuskysymys: Mitkä hoitomahdollisuudet ympärileikatuilla naisilla on länsimaissa?

Menetelmät: Hoitovaihtoehtojen koskevan tiedon etsimiseksi tehtiin "scoping review". Tiedon levittämiseksi kirjoitettiin tietoartikkeli Kätilölehteen. Lisäksi pidettiin opetustapahtuma Novian ammattikorkeakoulussa.

Tutkimuskysymyksen tulos: Ympärileikatut naiset voi muun muassa saada apua deinfibulaatiosta ja klitoriksen korjausleikkauksesta. Deinfibulaatio tarkoittaa, että tehdään avausleikkaus infibulaation jälkeen (3-tyyppin ympärileikkaus). Klitoriksen korjausleikkaus tarkoittaa, että klitoriksen anatomia ja toiminta yritetään palauttaa ennalleen.

Johtopäätös: Hoitoa tarvitseville ympärileikatuille naisille, tulee tarjota hoitoa erilaisissa muodoissa. Kaikille naisille, joille on tehty 3-tyyppin ympärileikkaus, tulee tarjota deinfibulaatio.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: naisen ympärileikkaus, sukuelinten silpominen, deinfibulaatio, klitoriksen korjausleikkaus

DEVELOPMENT STUDY

Author: Julia Gäddnäs, Mirjam Snellman
Degree Programme: Midwife, Vaasa
Supervisor(s): Anita Wikberg

Title: The possibilities of care in Finland for women who has undergone female genital mutilation

Date: Spring: 27.5.2020 Number of pages: 17 Appendices: 3

Abstract

Aim: The aim of this development study is to spread the knowledge of female genital mutilation and its effect on the woman's sexual and reproductive health to healthcare professionals in Finland. The respondents also wanted to find out what kind of care could be offered to women who have undergone female genital mutilation in Western countries and spread knowledge of this.

Question: What kind of care can be offered in the Western countries to women who have undergone female genital mutilation.

Method: To find information about the possibilities of care, a scoping review was done. To spread the knowledge, an article was written, that is going to be published in Kätilölehti. A lecture was also held at Novia University of Applied Sciences.

Result: Circumcised women can for example get help from a deinfibulation or clitoral reconstruction. A deinfibulation means that genital mutilation of type three is opened. Clitoral reconstruction means the one tries to restore the clitoral anatomy and function.

Conclusion: Circumcised women needs to be offered the possibility of care in different forms. All women who has undergone genital mutilation of type three needs to be offered a deinfibulation.

Language: Swedish Key words: Female circumcision, Female genital mutilation, Deinfibulation, Clitoral reconstruction

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	1
3	Teoretisk utgångspunkt.....	1
4	Syfte och frågeställning.....	2
5	Metod	2
5.1	Materialsökning	3
6	Genomförande	3
6.1	Artikel	3
6.1.1	Skrivanvisningar och praktiskt genomförande	4
6.2	Undervisningssekvens.....	5
6.2.1	Bloom´s taxonomy.....	6
6.2.2	Inlärningsstilar	6
6.2.3	Praktiskt genomförande av lektionsplanering.....	7
7	Vårdåtgärder	8
7.1	Deinfibulation	8
7.2	Rekonstruktion av klitoris	12
8	Kritisk granskning och diskussion	13
	Källförteckning	16

Bilaga 1 Artikel

Bilaga 2 Edukandanalys

Bilaga 3 Powerpoint presentation

1 Inledning

I examensarbetet, "They say we are lika stones" – en systematisk litteraturstudie om hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa (Gäddnäs & Snellman, 2019), undersöktes kvalitativt och kvantitativt hur kvinnlig omskärelse påverkar den sexuella och reproduktiva hälsan. I detta utvecklingsarbete kommer examensarbetet att användas som grund. Examensarbetet kommer att publiceras i Novias publikationsserie i rapporten "Upplevelser och erfarenheter av interkulturell vård och mödravård i Finland".

I utvecklingsarbetet är respondenterna intresserade av att ta reda på mera fakta om den vård omskurna kvinnor kan få i Västvärlden. Vi kommer att skriva en artikel som publiceras i tidskriften Kätilölehti. Genom en artikel i tidskriften Kätilölehti når vi ut till alla barnmorskor och barnmorskestuderande i Finland som är medlem i Finlands barnmorskeförbund. Dessutom kommer en undervisningssekvens att hållas för barnmorske-, hälsovårdar- och sjukskötarstuderande på yrkeshögskolan Novia.

Genom att nå ut till barnmorskor och annan vårdpersonal och sprida information om kvinnlig omskärelse vill vi förbättra kunskapen samt förståelsen gällande kvinnlig omskärelse. Genom att vårdpersonal har en förståelse för kvinnlig omskärelse kan de lättare bemöta omskurna kvinnor och ge dem god, evidensbaserad vård.

2 Bakgrund

I utvecklingsarbetet används samma teoretiska bakgrund som använts i examensarbetet. I examensarbetets bakgrund har hälsa som begrepp beskrivits genom att dela upp det i psykisk, fysisk och socialt välmående, samt sexuell och reproduktiv hälsa. Gällande kvinnlig omskärelse har respondenterna beskrivit olika typer, utbredning, orsaker, hur ingreppet utförs, risker och komplikationer, begreppen deinfibulation och reinfibulation, samt Finlands lagstiftning gällande ämnet och allmänt kring omskärelse i Finland.

3 Teoretisk utgångspunkt

I utvecklingsarbetet används samma teoretiska utgångspunkt som i examensarbetet, det vill säga Katie Erikssons teori om hälsa och lidande. Eriksson beskriver hälsa som det "ideala" som bör vara målet för all vårdvetenskap men som aldrig kan bli identisk med verkligheten, men kan fungera som en vägledning (Eriksson 1996). Enligt Eriksson är lidande något allt

igenom ont, som i sig självt inte har någon mening. Enligt Eriksson kan lidandet delas in i tre akter; bekräftande av lidandet, själva lidandet och försoning. (Eriksson 2015)

4 Syfte och frågeställning

Syftet med utvecklingsarbetet är att sprida kunskap om kvinnlig omskärelse och dess påverkan på kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa till vårdpersonal i Finland, främst barnmorskor. Respondenterna vill även ta reda på vilken vård som kan erbjudas till omskurna kvinnor i västvärlden samt sprida kunskap om detta. Skribenternas forskningsfråga är:

1. Vilken vård har omskurna kvinnor möjlighet till i Västvärlden?

För att uppnå syftet att sprida kunskap kommer en artikel att skrivas som publiceras i finska barnmorskeförbundets tidskrift *Kätilölehti*. Utöver artikeln hålls en föreläsning om ämnet till blivande barnmorskor, hälsovårdare och sjukskötare på yrkeshögskolan Novia.

5 Metod

För att få svar på frågeställningen görs en ”scoping review”. En ”scoping review” valdes för att även opublicerat material såsom rapporter från exempelvis WHO ska kunna användas. Vid en ”scoping review” kan man få en bild av det nuvarande forskningsläget och utvärdera om en heltäckande systematisk litteraturstudie är möjlig att göra, även områden där lite eller ingen forskning finns kan identifieras. En scoping review omfattar ett begränsat antal studier och är därför lämplig för examensarbeten. En scoping review kan innehålla både vetenskapliga artiklar och opublicerad litteratur (grey literature). Exempel på opublicerad litteratur är avhandlingar, rapporter och kliniska riktlinjer. (Forsberg & Wengström, 2015, s.169 - 170)

Vid en scoping review finns en bred forskningsfråga och inklusions- och exklusionskriterierna kan bestämmas under arbetets gång. Ofta saknas kvalitetskriterier vilket då inte styr vilka artiklar som inkluderas. (Forsberg & Wengström, 2015, s.170) Som inklusionskriterie i denna studie är att materialet bör innehålla relevant information om deinfibulation eller rekonstruktion av klitoris.

5.1 Materialsökning

Materialet söktes genom en öppen sökning med sökorden “deinfibulation”, “clitoral reconstruction” och “rekonstruktion av klitoris”. Vetenskapliga artiklar söktes på vetenskapsbiblioteket Tritonias databas Finna, Cinahl (EBSCO) samt PubMed. Övrigt material hittades genom sökning på Google.

6 Genomförande

I detta utvecklingsarbete kommer ovanstående frågeställning att besvaras och utgående från materialet som framkommer, samt från examensarbetet, skrivs en fackartikel och en undervisningssekvens hålls. Fackartikeln och undervisningssekvensen kommer att förmedla all relevant info som framkommit.

6.1 Artikel

Det finns tre typer av artiklar; fackartiklar, vetenskapliga artiklar och förmedlande artiklar. I detta utvecklingsarbete väljer respondenterna att skriva en fackartikel. Fackartiklar skrivs vanligen åt en specifik yrkesgrupp av professionella representanter inom ämnet, såsom lärare och kandidater. Fackartiklarna kan vara i form av utredande artiklar, debattartiklar och diskussionsinlägg. De innehåller vanligen ett blandat material, men kärnan i artikeln bör vara åsikter, argument, praktisk och professionell relevans. (Rienecker, Jørgensen & Gandil, 2009, s.80)

Författare till fackartiklar börjar med att undersöka den tidskrift man vill vända sig till. Man undersöker vad som tidigare har publicerats inom ämnet, vilka vinklingar som tagits samt vad som ännu återstår att förklara, diskutera eller reflektera över. Fackartiklar skrivs ofta på grund av att skribenten anser att yrkesutövarna har nytta av den kunskap man vill förmedla, antingen genom att utveckla sin professionella praktik eller berika sina professionella kunskaper. Författaren till en fackartikel kan även ha som syfte att positionera sig i en aktuell debatt. (Rienecker et.al., 2009, s.80 - 84)

Läsare av fackartiklar kan vara personer som är i yrkeslivet, studerar inom ämnet eller som läser för nöjes skull. Det kan vara bra att ha någon i målgruppen att läsa ett utkast av artikeln innan den färdiga artikeln skickas till redaktionen. Det är lätt hänt att artikeln skrivs på för hög nivå eftersom skribenten är insatt i ämnet. (Rienecker et.al., 2009, s.82 - 83)

För att hålla en god kvalitet i fackartiklar bör de innehålla en tydlig poäng och syfte, en noga övervägd dokumentation i förhållande till argumentation gentemot sin målgrupp, ett medvetet strukturval och vara relevant för professionella utövare i målgruppen. (Rienecker et.al., 2009, s. 85)

Grunden för en fackartikel är en undersökning skribenten har utfört, vanligen i samband med studier eller arbete. Undersökningens storlek kan variera och i artikeln är det inte själva undersökningen som skall betonas utan resultatet. Det rekommenderas att man betonar problembeskrivning, empiri och tillämpningsperspektiv, det vill säga det konkreta. (Rienecker et.al., 2009, s.86 - 89)

6.1.1 Skrivanvisningar och praktiskt genomförande

I detta arbete skrivs artikeln utgående från Kättilölehtis skrivanvisningar. Först togs kontakt med tidningens svenskspråkiga redaktör, redan innan artikeln började skrivas. Tillsammans kom skribenter och redaktören överens om tidtabellen samt artikelns innehåll. Artikeln ska innehålla rubrik, ingress, brödtext, mellanrubriker och bildtexter. Ingressen finns vanligen i fetstilt text efter rubriken. Där beskrivs artikelns innehåll med några meningar. (Kättilölehti, u.å.)

Artikeln får innehålla max 10 000 tecken, inklusive mellanslag. Då artikeln utgår från ett examensarbete bör skribenterna fokusera på resultatet och hur det kan användas i praktiken av barnmorskor. Avslutningsvis kan studiens genomförande kort beskrivas. Även information om hur examensarbetet hittas bör finnas i artikeln. Kort fakta ur bakgrunden kan sättas i en faktaruta. (Kättilölehti, u.å.)

När artikeln skickas in bifogas namn på skribenterna, lärograd/titel, skola samt e-postadress. Även en källförteckning bifogas, men denna finns inte med i själva artikeln, utan kan fås från redaktionen eller skribenterna. (Kättilölehti, u.å.)

Artikeln kommer att baseras på examensarbetets resultatkapitel samt utvecklingsarbetets resultat. Artikelns läsare förväntas ha grundkunskaper om kvinnlig omskärelse, eftersom det ingår i barnmorskeutbildningen. Därför lämnas det mesta bort som ingår i examensarbetets bakgrund, men det mest väsentliga skrivs kortfattat i en faktaruta.

När artikeln var färdigskriven läste några andra barnmorskestuderande samt handledande lärare igenom artikeln för att upptäcka eventuella språkfel eller text som kunde misstolkas.

Handledande lärare godkände artikeln innan den skickades till redaktionen för publicering. Artikelns manuskript finns som bilaga 1.

6.2 Undervisningssekvens

Vid undervisning är det viktigt att alltid utgå från deltagarnas förutsättningar. Både i planering och genomförande av undervisning bör man utgå från ett deltagarperspektiv, detta innebär att man försöker tänka utgående från deltagarnas utgångspunkter. När man väljer innehåll och arbetsform bör man hålla i åtanke att det tar tid att lära sig något. Ett vanligt fel som görs är att man försöker pressa in så mycket som möjligt, vilket kan ge dåliga förutsättningar för inläringen. Från början bör man bestämma sig för om man vill att deltagarna bara ska få yttlig kunskap om ämnet eller om man vill att de faktiskt ska lära sig och kanske kunna använda sig av kunskapen i sitt arbete. (Björklund, 1982, s. 7—12)

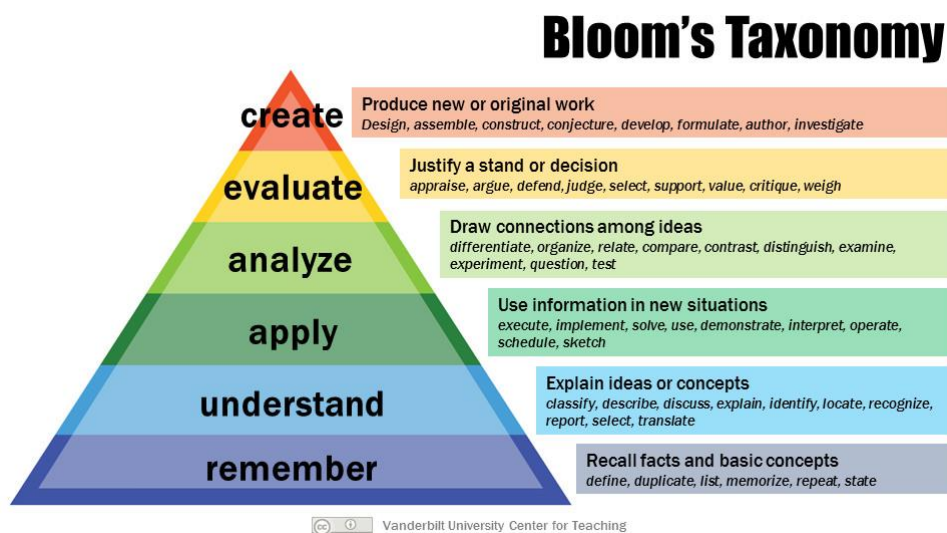
Vid undervisning ska man ge deltagarna bästa möjliga förutsättningar för inläring. Man måste veta vad som händer i gruppen framför sig. Det handlar om kommunikation, bland annat att förstå varandra. Deltagarna bör få fråga om de inte förstår. Väsentligt är att det ges tillfälle för deltagarna att bearbeta, exempelvis genom frågor och svar, diskussioner eller grupparbeten. (Björklund, 1982, s. 12)

Det är viktigt att komma ihåg att det inte alltid blir som man tänkt sig, det kan hända sådant som förstör planen. Det är inte alltid negativt, flexibilitet och anpassningsförmåga är viktigt för att kunna göra något bra av oförutsedda händelser. En bra planering ger bättre möjligheter att möta oförutsedda händelser. Det är i planeringen viktigt att man är medveten om vilka faktorer som kan påverka undervisningen. (Björklund, 1982, s. 15—16)

Inför undervisningstillfället behöver man få info om deltagarna. Info om deltagarna som kan bli aktuell är ålder, kön, etnicitet, gruppstorlek med mera. Man kan också beakta vilka förväntningar deltagarna har. Utöver deltagarna beaktas även vilka faktorer som kan påverka undervisningstillfället. Exempel på sådana faktorer är tid, tidpunkt för lektionen, miljö, hjälpmedel som finns till förfogande med mera. Inför undervisningstillfället bör också noggranna mål ställas, man bör veta vad man vill med undervisningen. Kognitiva och affektiva mål ställs upp. Noggrann planering av materialet och hur det används är viktig. Här bör övervägas hur mycket tid olika moment tar. Slutligen görs en utvärdering av undervisningssekvensen där det utvärderas hur målen uppfyllts. (Björklund, 1982, s. 18—92)

6.2.1 Bloom's taxonomy

För att kunna ställa upp realistiska mål för lyssnarnas kunskande används Bloom's taxonomi som hjälpmedel. Taxonomin utvecklades av Benjamin Bloom tillsammans med medarbetare år 1956 och innehåller sex huvudkategorier: kunskap, förståelse, tillämpning, analys, syntes och utvärdering. (Vanderbilt university center for teaching, u.å.)



Figur 1. Blooms reviderade taxonomi (Vanderbilt university center for teaching, u.å.)

Respondenternas tolkning av taxonomin är följande; kunskap är första nivån i taxonomin och innebär att man ska kunna känna igen, förstå och återge grundläggande koncept. Att förstå är den andra nivån och det innebär att kunna förklara, jämföra, summera samt tolka fakta. Tredje nivån innebär att använda sin kunskap och kunna tillämpa kunskapen i praktiken. Den fjärde nivån, att analysera, innebär att man kan bryta ner helheten och förstå olika delmoment. Att utvärdera är den femte nivån och innebär att man kan bedöma ett resultat eller ett påstående och kritiskt granska. Den sjätte nivån, syntes, innebär att man kan sätta samman sin kunskap till någon nytt.

6.2.2 Inlärningsstilar

I planeringen av undervisningstillfället tas de olika inlärningsstilarna i beaktande, för att så stor del av lyssnarna som möjligt skall kunna ta till sig informationen. Oftast pratas det om fyra olika inlärningsstilar; visuellt, auditivt, taktilt och kinestetiskt.

De med en visuell inlärningsstil lär sig bäst via synen. Detta innebär att de lär sig enklast genom att läsa och se ord eller bilder. Dessa skriver oftast ner det de tycker är viktigt under en föreläsning och läser sedan igenom det för att minnas bättre. Den auditiva lär sig däremot

bäst genom hörseln, det vill säga de lär sig via föreläsningar och muntliga instruktioner. Dessa skriver oftast inte ner vad som sägs under föreläsningar, eftersom de minns det ändå. Den auditive lär sig också bra genom att diskutera. Människor med taktil inlärningsstil behöver oftast pilla med något under tiden de lyssnar, eftersom de lär sig när händerna är involverade. De lär sig gärna via spel, pussel och dataprogram. Vanligt är det också att de sitter och tecknar under tiden de lyssnar. Ifall personer med taktil inlärningsstil skriver ner anteckningar lär de sig bäst genom själva skrivande, inte genom att sedan läsa igenom det. Kinestetisk inlärningsstil innebär att människorna lär sig via kroppen och känslorna, detta innebär att de lär sig enklast genom att själv göra någonting aktivt. Tillexempel gillar de ofta rollspel och experiment. (Boström, Svantesson & Boström, 2007, s.54—57)

6.2.3 Praktiskt genomförande av lektionsplanering

Inför lektionen kommer det att göras en edukandanalys (bilaga 2) som gjorts upp av respondenterna utgående från Björklunds (1982) anvisningar. Målgruppen är studerande inom vård på Yrkeshögskolan Novia. I edukandanalysen tas även upp vilka faktorer som kan påverka lektionens utgång, samt vad som är målet med lektionen. Lektionen planeras till 45 minuter. Målet med lektionen är att deltagarna ska få en grundläggande kunskap om vad kvinnlig omskärelse är och en djupare kunskap om hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa. Målet med lektionen utgående från Bloom's taxonomi är att nå nivå två, eftersom det är svårt att på 45 minuter få tillräckligt med kunskap för att kunna tillämpa det i praktiken.

Material som används under lektionen är tagna från examensarbetet "They say we are like stones" - en systematisk litteraturstudie om hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa, samt det material som framkommer i detta utvecklingsarbete. Utgående från materialet görs en Power-Point-presentation upp. Även en frågesport via Kahoot.it används. Power-Pointen som användes som grund för undervisningstillfället finns som bilaga 3.

Efter lektionen görs en utvärdering av hur lektionen gick. I utvärderingen tas upp vad som gick bra, samt vad som kunde ha gått bättre. Det tas även upp hur tidsplanen hölls. Utvärderingen av lektionen kommer i detta arbete att göras under kapitlet "Kritisk granskning och diskussion".

7 Vårdåtgärder

I slutet av examensarbetet skrevs förslag på vårdåtgärder vid olika problem som framkom i studien. Respondenterna har valt att fördjupa sig inom deinfibulation och rekonstruktionsoperation av klitoris som svar på forskningsfrågan.

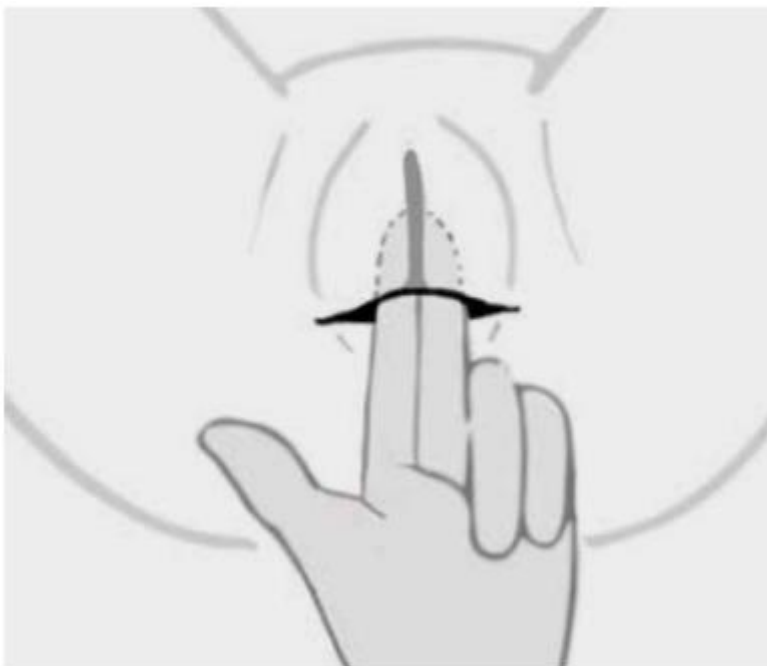
7.1 Deinfibulation

Deinfibulation (öppnande av typ 3 omskärelse) kan hjälpa vid menssmärter, smärter i nedredelen av buken, återkommande urinvägsinfektioner, residualurin, svåra infektioner i genital området och andra gynekologiska problem vars diagnostisering eller vård är omöjlig utan en deinfibulation. Deinfibulation hjälper även vid samlagsproblem, såsom smärter, ifall de orsakas av en för trång slidöppning. En deinfibulation underlättar även uppföljning av en graviditet, samt vid undersökningar under en förlossning. (Kätilötyö, 2015, s. 518–519)

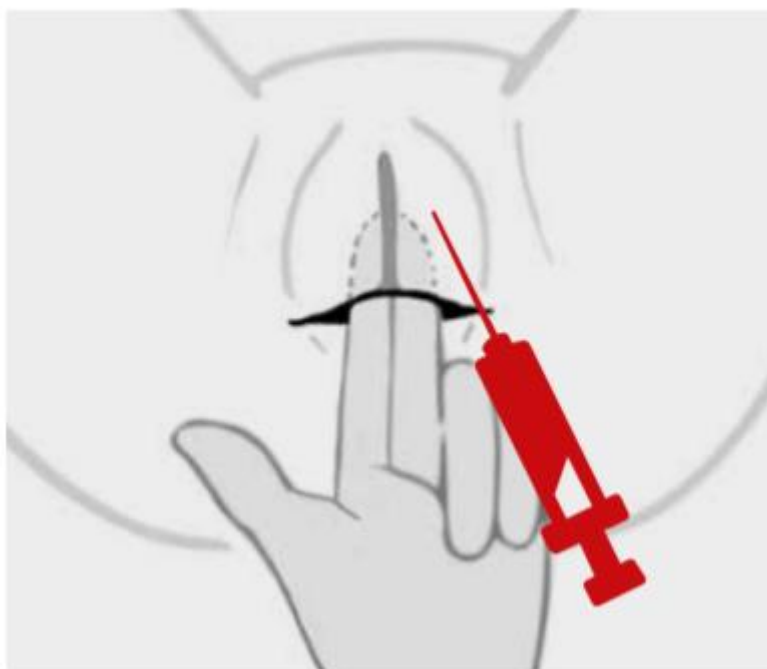
Det är viktigt att informera kvinnan om vilka förändringar som ingreppet medför. Exempel på förändringar kan vara att det går snabbare att urinera, mindre smärta vid menstruation och även sexlivet förändras, varför även mannen gärna får vara med vid samtalen. (Ihmisoikeusliitto, 2007 & Kätilötyö, 2015, s.518–519)

Deinfibulation är ett ganska enkelt ingrepp som vanligen utförs på cirka tio till femton minuter. Ingreppet sker polikliniskt på sjukhus. Återhämtningen sker på en till två dagar. Eftersom det finns en risk att kvinnan upplever traumatiska minnen från omskärelsen utförs deinfibulationen vanligen under en kort narkos, men kan även göras under lokalbedövning, epiduralbedövning eller spinalbedövning. (Ihmisoikeusliitto, 2007; Kätilötyö, 2015, s.519 - 522)

Vid deinfibulationen för läkaren in 1–2 fingrar eller tång försiktigt och långsamt under ärret och lyfter upp ärrvävnaden för att skydda vävnaden under ärret (figur 2). Ärrvävnaden bör gå att lite lyfta upp för att en deinfibulation får utföras. Ärrvävnaden bedövas (figur 3). Ärret öppnas nerifrån uppåt så att urinrörsmynningen blir synlig (figur 4 och 5). Man bör undvika att klippa högre upp än urinrörsmynningen eftersom det kan orsaka en stor blödning. Sårtyorna sys ihop på båda sidorna med en smältande tråd (figur 6 och 7). Efter ingreppet bör kvinnan ha möjlighet till smärtstillande mediciner. (Ihmisoikeusliitto, 2007; WHO, 2018, s.201 - 228; Kätilötyö, 2015, s. 521)



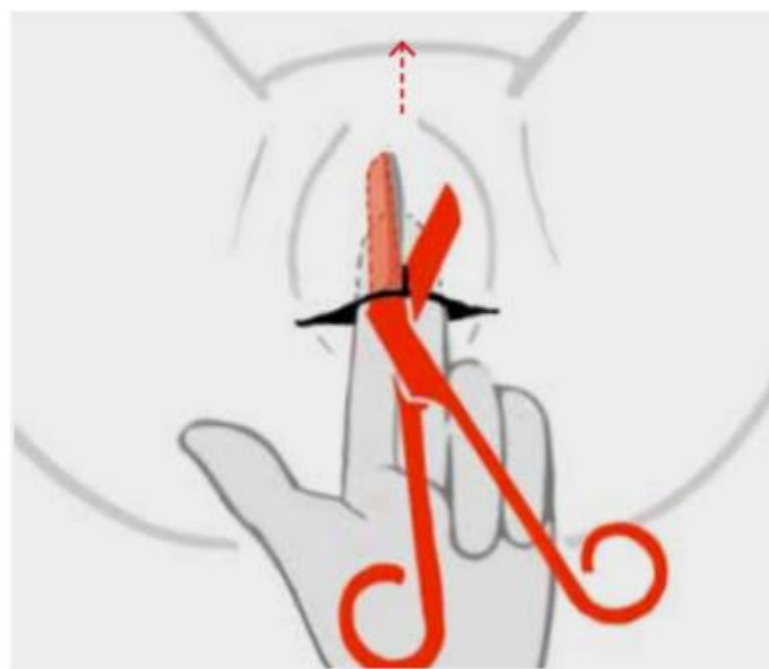
Figur 2. Läkaren eller barnmorskan för in två fingrar under ärret. OBS! Inget tvärsnitt, bilden lite missvisande. (WHO, 2018, s. 224)



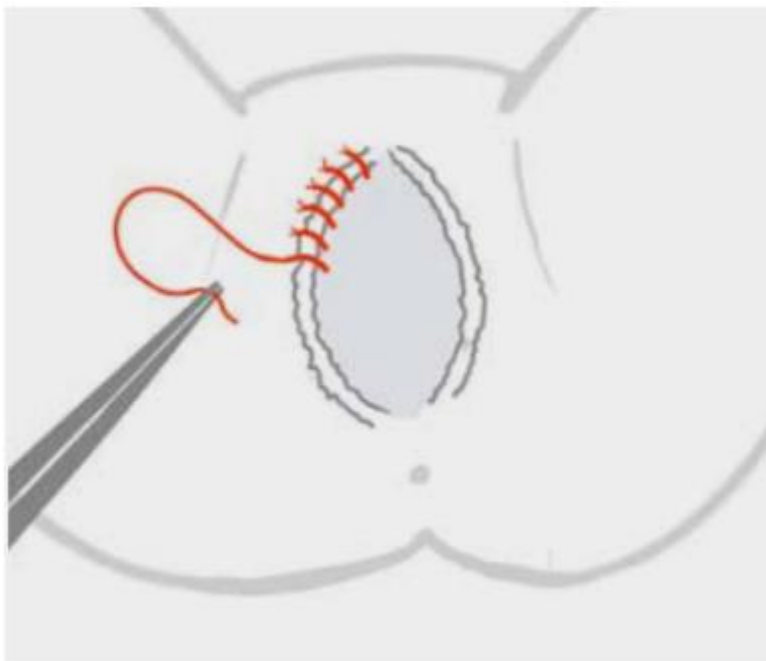
Figur 3. Lokalbedövning av ärrvävnaden. (WHO, 2018, s. 224)



Figur 4. Ärret klipps nerifrån och upp. (WHO, 2018, s. 225)



Figur 5. Klipp tills urinrörsmynningen syns. (WHO, 2018, s 225)



Figur 6. Sårkanterna sys ihop på båda sidorna. (WHO, 2018, s. 226)



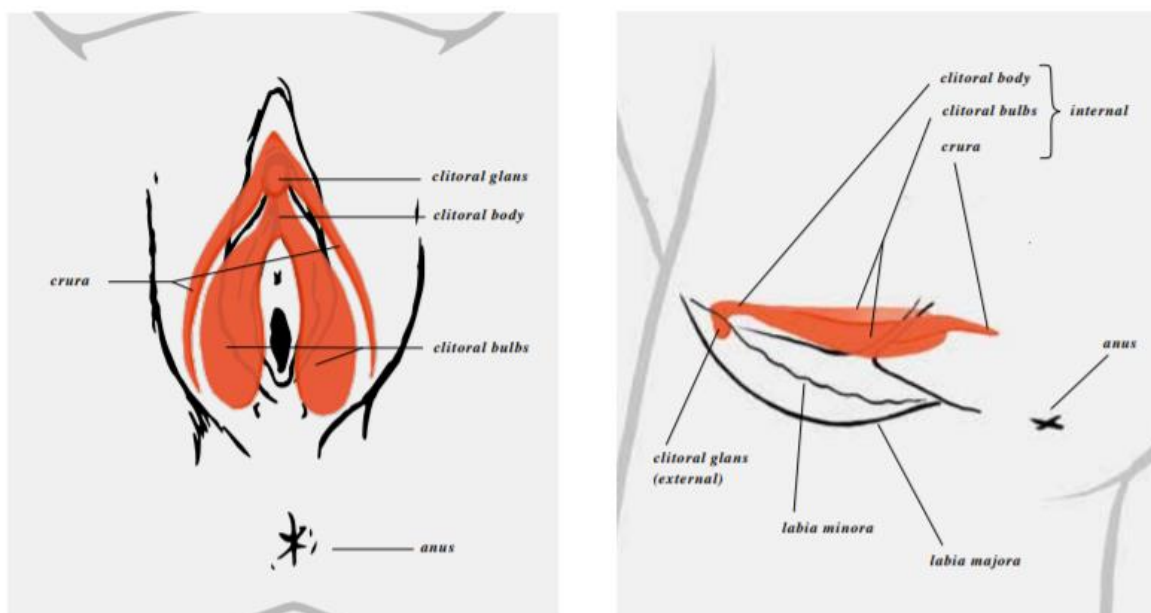
Figur 7. Efter deinfibulation. (WHO, 2018, s. 226)

Det rekommenderas att en deinfibulation sker innan kvinnan blir gravid och ingreppet ska erbjudas till alla flickor och kvinnor som är omskurna enligt typ 3. Om deinfibulation inte gjorts innan graviditeten rekommenderas det att den görs under mitten av graviditeten. Detta eftersom det är stor risk för missfall under första trimestern, om detta sker och deinfibulationen gjorts finns en risk att kvinnan tror att missfallet skett till följd av

deinfibulationen. Om det inte gjorts någon deinfibultion under graviditeten kan det göras under förlossningen, och utförs då vanligen av en barnmorska. Ingreppet sker då när förlossningens andra skede har startat, före episiotomi om det behövs. Ärret öppnas då under lokalbedövning och under en kontraktion. Man kan vänta med att sy ihop kanterna tills förlossningen är över. Om ärrvävnaden är tillräckligt elastisk behöver ingen deinfibulation dock göras. (Ihmisoikeusliitto, 2007)

7.2 Rekonstruktion av klitoris

Rekonstruktion av klitoris är en relativt ny procedur som beskrevs först under början av 2000-talet. Åtgärden innebär att man öppnar upp huden som täcker klitoris för att få fram de fragment av klitoris som finns kvar. Ärrvävnaden tas bort och körteln placeras på dess normala plats. Operationen utförs vanligen under generell anestesi för att undvika eventuella traumatiska minnen. Syftet med operationen är både att återställa klitoris anatomi och funktion, förbättra kvinnans självkänsla, kroppsuppfattning, sexuella funktion samt att minska smärta vid samlag (Buggio, Facchin, Chiappa, Barbara, Brambilla & Vercellini, 2019). I Finland har endast ett fåtal rekonstruktionsoperationer blivit gjorda, dessa är utförda på plastikkirurgiska kliniken på Tölö sjukhus (HBL, 2017).



Figur 8. Klitoris anatomi (WHO, 2018)

Även om syftet med rekonstruktion av klitoris är att förbättra kvinnans sexuella hälsa finns det lite evidens för att åtgärden skulle förbättra kvinnans sexuella hälsa, och en del kvinnor upplever också att åtgärden försämrar den sexuella hälsan. Detta är det viktigt att informera

kvinnan om. Det är viktigt att alltid försöka sig på den behandling som är minst invasiv och för en del kvinnor räcker det med sexualrådgivning och annan terapi. (WHO, 2018)

Kvinnors subjektiva orsaker till att göra en rekonstruktion av klitoris kan vara många. Kvinnlig omskärelse sker under barndomen och kvinnorna har ingen rätt att själv bestämma om de vill bli omskurna. När kvinnorna tar beslutet att göra en rekonstruktion kan det handla om att de vill ta kontroll över sin kropp och sitt liv. Det kan vara ett sätt att minska på de skador omskärelsen har lett till. Till följd av omskärelsen kan kvinnorna känna sig "fula", ofullständiga samt okvinnliga. Även känslor av skam och att vara annorlunda förekommer. Allt detta är också orsaker till att göra en rekonstruktion. Till följd av kvinnlig omskärelse förekommer även problem i samband med sex såsom smärta, svårt att få orgasm och bli våt. Kvinnorna kan även ha problem i sexuella relationer till följd av den skam de känner samt negativ kroppsuppfattning. Att göra en rekonstruktion kan vara ett sätt att försöka åtgärda dessa problem. (Jordal, Griffin & Sigurjonsson, 2019)

Vid uppföljning ett år efter operationen kunde i Foldés et al. studie konstateras att en av tre kvinnor som aldrig tidigare hade upplevt orgasm hade börjat få orgasm ibland eller alltid vid samlag och av de som tidigare kunnat få orgasm ibland kunde nu hälften få orgasm regelbundet. 23% av de kvinnor som före operationen kunnat få orgasm regelbundet rapporterade en minskning av hur ofta de få orgasm. 97,7% av deltagarna i studien kunde rapportera om minskning av smärta och hos 70% av deltagarna fanns nu en synlig klitoris. Elva av tolv kvinnor var efter operationen nöjda, även med hur deras genitalier ser ut samt den känsla av kvinnlighet de fått. (Buggio et al., 2019; Foldes et al. 2012)

8 Kritisk granskning och diskussion

Syftet med utvecklingsarbetet var att sprida kunskap om hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa, samt söka efter och sprida info om vårdåtgärder som finns tillgängliga för omskurna kvinnor i Västvärlden. Syftet att sprida kunskap uppfylldes väl genom artikeln och undervisningsfrekvensen, eftersom många inom vårdbranschen nåddes.

För att svara på frågeställningen valdes en scoping review som metod. Detta valdes för att kunna använda även opublicerat material som källa. Genom att använda opublicerat material fick respondenterna mycket bra källor såsom WHO och Ihmisoikeusliitto. Om enbart vetenskapliga artiklar hade använts kanske resultatet skulle ha varit mera begränsat. För att

få ett bredare och ett mera pålitligt resultat kunde respondenterna ha använt mera källor, exempelvis flera vetenskapliga artiklar. Andra metoder (exempelvis samtalsterapi eller sexualrådgivning) som kan hjälpa omskurna kvinnor med problem skulle även ha varit lämpliga att ta upp, vilket skulle ha berikat studien, men detta valde respondenterna bort för att kunna fokusera på det mest väsentliga. Fortsatta studier kunde ta upp mera om andra behandlingsmetoder och även hur man kan hjälpa omskurna kvinnor med det psykiska måendet.

Artikeln skrevs utgående från Kätilölehtis skrivanvisningar och respondenterna anser att skrivanvisningarna följdes noggrant. Respondenterna anser att målgruppen för artikeln är relevant, eftersom barnmorskor ofta kommer i kontakt med omskurna kvinnor. Sexuell och reproduktiv hälsa är ett viktigt område för alla barnmorskor. En fackartikel passar bra i detta arbete enligt respondenterna, eftersom den skrevs utifrån en studie som har utförts samt eftersom en specifik yrkesgrupp ville nås för att berika deras professionalitet. En svaghet till artikeln är att inga beskrivande bilder fanns med.

Undervisningstillfället valdes att hållas till vårdstuderande eftersom respondenterna anser att alla inom vårdbranschen behöver ha kunskap om kvinnlig omskärelse för att kunna erbjuda omskurna kvinnor en god vård och omsorg. För att få en bredare målgrupp kunde respondenterna även ha bjudit in utbildad vårdpersonal, men detta valdes bort för att åhörargruppen inte skulle bli för stor. Om åhörargruppen hade blivit för stor kunde det ha lett till att mindre diskussioner inom gruppen uppstod. Responsen vid undervisningstillfället var god och en fin diskussion med lyssnarna uppstod. Många delade med sig av sina reflektioner om ämnet och berikade således undervisningstillfället.

Genom att flera olika undervisningsmetoder användes blev undervisningstillfället mångsidigt och möjliggjorde att studerande med olika inlärningsstilar kunde ta till sig ämnet. Genom att en PowerPoint användes vid undervisningstillfället gavs människor med visuell inlärningsstil möjligheten att se den fakta som tas upp och skriva av. Utgående från PowerPointen hölls även en föreläsning vilket även gav de med auditiv inlärningsstil goda möjligheter att ta till sig materialet. För den med taktil inlärningsstil passade även en PowerPoint. För att även nå den med kinestetisk inlärningsstil användes även en frågesport.

Tidsplanen för undervisningstillfället var 45 minuter och det höll bra. För presentation av föreläsarna hade ungefär tre minuter reserverats, det tog dock endast cirka en minut. För föreläsningen med PowerPoint hade ungefär 30 minuter planerats, vilket höll bra. Ungefär

fem minuter hade satts till diskussion och frågor. För frågesporten hade cirka 7 – 10 minuter planerats. I det stora hela höll hela tidsplanen och inga överraskningar uppstod. Lite mera tid gick till diskussionen än planerat men då tog istället frågesporten lite mindre tid.

Källförteckning

Björklund, B. (1982). *Att vara lärare för vuxna*. Lund: Studentlitteratur.

Boström, L., Svantesson, I. & Boström, H. (2007). *Så arbetar du med lärstilar: Nyckeln till kunskap och individualisering*. Jönköping: Brain Books.

Buggio, L., Facchin, F., Chiappa, L., Barbara, G., Brambilla, M. & Vercellini, P. (2019). Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: A Narrative Review. *Health Equity*, 3(1), pp. 36—46. doi:10.1089/heq.2018.0036

Eriksson, K., 1996. *Hälsans idé* (2. uppl.). Stockholm: Liber/Almqvist Wiksel.

Eriksson, K., 2015. *Den lidande människan* (2. uppl.). Stockholm: Liber.

Foldès, P., Cuzin, B. & Andro, A. (2012). Reconstructive surgery after female genital mutilation: A prospective cohort study. *The Lancet*, 380(9837), pp. 134-141. doi:10.1016/S0140-6736(12)60400-0

Forsberg, C. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (Fjärde utgåvan.). Stockholm: Natur & Kultur.

Gäddnäs, J. & Snellman, M., 2019. "They say we are like stones" — en systematisk litteraturstudie om hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa.

HBL, 2017. *Tvillingsystrarna könsstympades - nu rekonstrueras deras underliv*. [online] <https://www.hbl.fi/artikel/tvillingsystrarna-konsstympades-nu-rekonstrueras-deras-underliv/> [hämtat: 13.1.2020]

Ihmisoikeusliitto, 2007. *Female Circumcision in Finland*. [online] https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Female_Circumcision_in_Finland_IOL_2011.pdf [hämtat: 10.12.2019]

Jordal, M., Griffin, G. & Sigurjonsson, H. (2019). 'I want what every other woman has': Reasons for wanting clitoral reconstructive surgery after female genital cutting - a qualitative study from Sweden. *Culture, Health & Sexuality*, 21(6), pp. 701—716. doi:10.1080/13691058.2018.1510980

Kätilölehti, u.å. *Anvisningar för skribenten*. [online] https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/anvisningar_for_skribenten.pdf [hämtat: 5.9.2019]

Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A., Rusanen, S. & Laajasalo, S. (2015). *Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika* (6. uud. p.). Helsinki: Edita.

Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., Gandil, M., (2009). *Skriv en artikel: Om vetenskapliga artiklar, fackartiklar och förmedlande artiklar*. Malmö: Liber.

WHO, 2018. *Care of girls & women living with female genital mutilation – a clinical handbook*. [Online]

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1>

[hämtat: 10.12.2019]

Bilaga 1 Manuskript för artikeln

Kvinnlig omskärelse och sexualitet

Kvinnlig omskärelse påverkar 200 miljoner flickor och kvinnor i världen. Omskärelsen påverkar kvinnans hälsa på flera olika områden, både fysiskt, psykiskt och socialt. Denna artikel fokuserar främst på den sexuella och reproduktiva hälsan, samt vilka vårdåtgärder kvinnan har möjlighet till. I vilken grad kvinnan påverkas beror till stor del på hur omfattande själva omskärelsen är.

Smärta och förlorad sexuell njutning

Smärta är ett av de vanligaste problemen för omskurna kvinnor. Smärtan är vanligt förekommande både vid menstruation och urinering, samt under och efter samlag. Smärtan kan bero på oelastisk ärrvävnad, klitorala neurom och blockerat menstruationsblod.

För omskurna kvinnor kan det vara svårt att känna sexuell upphetsning och lust, och det kan vara svårt för dem att bli våta. Detta kan göra att det uppstår problem vid penetrering. Kvinnor som upplevt sexuella relationer innan omskärelsen beskriver att de innan omskärelsen kunde känna sexuell lust, vilket efter omskärelsen försvunnit. Omskurna kvinnor upplever ofta svårigheter med att känna sexuell njutning och tillfredsställelse, och de kan ha svårt att få orgasm. Sexuell njutning kan ändå uppnås genom stimulering på andra sätt och genom att leva i ett förstående, kärleksfullt och harmoniskt förhållande.

En omskuren kvinnas äktenskap eller relationer kan till följd av komplikationer som uppstått av omskärelsen påverkas negativt. Många omskurna kvinnor undviker sex både på grund av smärta men också eftersom de inte känner sexuell lust eller njutning. Kvinnan kan även leva i förhållanden där kvinnan inte skall ta initiativ till sex.

Omskärelsens inverkan på kvinnans psykiska och sociala välmående

Omskurna kvinnor känner ofta stress, rädsla eller ångest gentemot sex, ofta till följd av smärtan de upplever. Många omskurna kvinnor känner rädsla inför sex redan innan sin sexdebut, eftersom de inte vet hur det ska bli och vilka förväntningar de kan ha. En del omskurna kvinnor känner även en bitterhet eller en frustration i sexlivet.

I samhällen där kvinnlig omskärelse görs är det vanligt att det är tabu att prata om sex, speciellt om smärta eller andra sexuella problem. Kvinnor som lider av fistlar till följd av en svår förlossning har det speciellt svårt, eftersom samhället har väldigt lite kunskap om sådana komplikationer. I äktenskapet kan kvinnor som har drabbats av komplikationer såsom inkontinens behandlas dåligt även av sina män. Okunskapen kan leda till att drabbade kvinnor får stämpeln att de är förhållande om ryktet sprids. Därför kan kvinnor med fistlar eller till exempel inkontinensproblem få problem i samhället och psykiska problem, såsom depression och suicid tankar.

Kroppsuppfattningen kan vara förändrad för en omskuren kvinna. Kvinnan kan ha svårt att se på sitt eget underliv och känna distans till sin egen kropp. Kvinnan kan känna att det inte finns något att undersöka med sin egen kropp och detta orsakar en viss besvikelse.

Omskurna kvinnor kan leva med hemska minnen från när ingreppet utfördes. De kan även leva med en rädsla inför gynekologiska undersökningar, vilket vi som barnmorskor behöver ta i beaktande.

Omskärelsens inverkan på graviditet och förlossning

Under en graviditet eller en förlossning är det mycket vanligt att omskurna kvinnor känner rädsla eller ångest med tanke på sin omskärelse. De kan vara rädda att dö under förlossningen eller att bli tvungna att genomgå kejsarsnitt. En rädsla för att bli urin- eller avföringsinkontinent eller att barnmorskan inte

skall klara av att hantera en deinfibulation under förlossningen förekommer också. De kan även vara rädda för komplikationer med barnet som en följd av omskärelsen.

Rädslan eller ångesten inför en förlossning är ofta orsakad av att de har en för trång förlossningskanal (omskärelse av typ 3). Förlossningen kan bli lång och utdragen om ingen deinfibulation eller kejsarsnitt görs. En utdragen förlossning kan både skada barnet, ibland till den grad att de dör, och kvinnan, exempelvis fistlar kan uppstå. Dessa komplikationer sker främst i de länder eller i de områdena var ingen deinfibulation görs, till exempel ifall de föder barnen i hemmen.

För barnen till omskurna kvinnor finns det vid förlossningen en lite större risk för komplikationer. Exempel på dessa komplikationer är återupplivning efter förlossningen och andningssvårigheter. Det finns även en liten ökad risk för att barnet dör under eller efter förlossningen.

En trång förlossningskanal förvärrar även smärtan under en förlossning eller under en gynekologisk undersökning. Det kan under förlossningen även vara svårt att katetrisera kvinnan om det finns behov för det. Omskurna kvinnor har större risk för stora rupturer, som kan leda till stora blödningar, eftersom infibulationsärret kan spricka samt för att förlossningskanalen kan vara trängre än normalt (främst typ 3). Det är vanligare bland omskurna kvinnor att det behöver göras en episiotomi under förlossningen. Kejsarsnitt är lite vanligare bland omskurna kvinnor än hos icke omskurna kvinnor och det finns även en liten ökning i användning av instrumentella hjälpmedel under förlossningen.

Deinfibulation

Deinfibulation är en enkel åtgärd som görs på cirka femton minuter. Ingreppet kan göras under lokalbedövning, kort narkos eller med spinal- eller epiduralbedövning. Eftersom kvinnan kan återuppleva traumatiska minnen från själva omskärelsen görs deinfibulationen vanligen under kort narkos. Deinfibulation utförs av en läkare eller barnmorska.

Deinfibulation kan hjälpa vid menssmärtor, smärtor i nedre delen av buken, återkommande urinvägsinfektioner, residualurin, svåra infektioner i genital området och andra gynekologiska problem vars diagnostisering eller vård är omöjlig utan en deinfibulation. Deinfibulation hjälper även vid samlagsproblem, såsom smärtor, om de orsakas av en för trång slidöppning. En deinfibulation underlättar även uppföljning av en graviditet, samt vid undersökningar under en förlossning. Det är bra om partnern är med vid samtal kring en deinfibulation, eftersom det även kommer att påverka deras sexliv och förhållande.

Vid deinfibulation för läkaren eller barnmorskan in 1–2 fingrar eller tång under ärret för att skydda underliggande vävnad. Ärret bedövas med lokalbedövning. Ärret klipps nerifrån och upp så att urinrörsmynningen blir synlig. Sårkanterna sys därefter ihop på båda sidorna så att sårtyterna inte tar ihop med varandra.

Det rekommenderas att deinfibulation görs före eventuell graviditet. Om den inte gjorts innan graviditet bör det göras under mitten av graviditeten. Detta eftersom det överlag är stor risk för missfall under första trimestern, om detta sker och deinfibulationen gjorts finns en risk att kvinnan tror att missfallet skett till följd av deinfibulationen. Om det inte gjorts någon deinfibulation under graviditeten görs det under förlossningen, och utförs då vanligen av en barnmorska. Ingreppet sker då när förlossningens andra skede har startat, före episiotomi om det behövs. Ärret öppnas då under lokalbedövning. Om infibulationsärret är elastiskt och töjer bra behöver dock ingen deinfibulation göras.

Rekonstruktion av klitoris

Rekonstruktion av klitoris är en relativt ny procedur som beskrevs först under början av 2000-talet. Åtgärden innebär att man öppnar upp huden som täcker klitoris för att få fram de fragment av klitoris som finns kvar. Ärrvävnaden tas bort och körteln placeras på dess normala plats. Operationen utförs

vanligen under generell anestesi för att undvika eventuella traumatiska minnen. Syftet med operationen är både att återställa klitoris anatomi och funktion, förbättra kvinnans självkänsla, kroppsuppfattning, sexuella funktion samt att minska smärta vid samlag.

Det har gjorts studier som visar på goda resultat, och kvinnorna kan uppleva orgasm, mindre smärta vid sex samt ökad självkänsla. Det finns även studier som visar på att det finns kvinnor som upplever en försämrad sexuell hälsa efter en rekonstruktionsoperation, därför är det viktigt att man ger information om detta till omskurna kvinnor som är intresserade av en operation. Det är även bra att alltid först försöka med icke-invasiva metoder, för en del kvinnor räcker det med sexualrådgivning och/eller terapi.

Denna artikel är baserad på resultatet av ett examensarbete i form av en litteraturstudie över 21 artiklar. Studien genomfördes under 2018—2019 vid Yrkeshögskolan Novia. Examensarbetet förväntas publiceras under år 2020 i Yrkeshögskolan Novias publikationsserie i en rapport som heter "Upplevelser och erfarenheter av interkulturell vård och mödravård i Finland", rapporten kommer att hittas på www.novia.fi. Utöver examensarbetet är artikeln även baserad på resultatet av ett utvecklingsarbete som kommer att publiceras på theseus.fi under år 2020.

Faktaruta:

- Det uppskattas att det i världen finns omkring 200 miljoner flickor och kvinnor som lever med kvinnlig omskärelse.
- I Finland uppskattas 10 000 kvinnor leva med kvinnlig omskärelse och ytterligare 650—3080 kvinnor ligger i risk att bli omskurna.
- Till kvinnlig omskärelse räknas allt som avsiktligt skadar eller ändrar kvinnans könsorgan utan medicinsk orsak.
- Det finns enligt WHO fyra olika typer av kvinnlig omskärelse.
- Kvinnlig omskärelse utövas främst i nordöstra, östliga samt vissa delar av västra Afrika och även i delar av Mellanöstern och Asien. Kvinnlig omskärelse har kommit till Europa och även Finland genom migration från dessa områden.
- I Finland finns ingen specifik lagstiftning mot kvinnlig omskärelse, men alla former av omskärelse är ändå en straffbar handling som skulle falla under grov misshandel. Detta gäller även reinfibulation.
- Deinfibulation innebär att man öppnar upp äret efter en omskärelse av typ 3
- Reinfibulation innebär att kvinnans underliv sys ihop igen efter en förlossning/deinfibulation

Bilaga 2 Edukandanalys

Studerande:

Datum & Tid:

Tema:

1. Edukandanalys

Faktorer hos lyssnarna som kan inverka:

Övriga faktorer som kan påverka undervisningen, bl.a. hjälpmedel:

Datainsamlingsmetoder:

2. Lektionens mål

Övergripande mål:

Kognitiva Mål:

Affektiva mål:

3. Lektionens uppläggning

Planerad sammanlagda tidsåtgång:

Metoder som kommer användas:

Stoffstrukturierung:

Struktur	Metod	Tid

4. Utvärdering

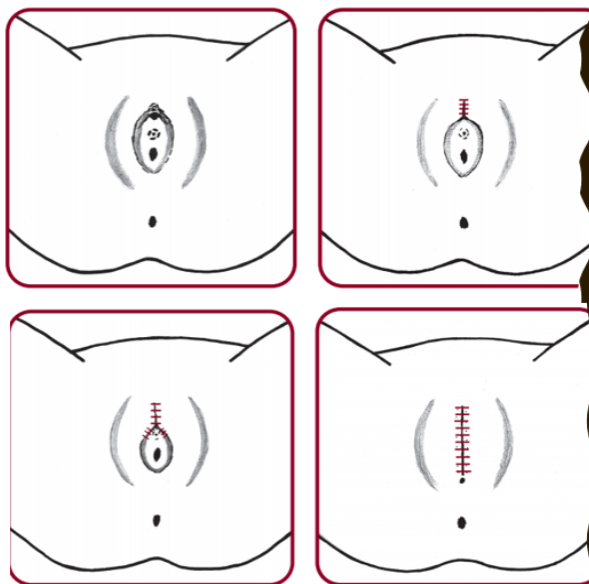
Bilaga 3 Powerpoint presentation



KVINNIG OMSKÄRELSE

- Ca 200 miljoner flickor och kvinnor världen över.
- I Finland ca 10 000 kvinnor och ytterligare 650 – 3080 i risk att bli omskurna.
- Till kvinnlig omskärelse räknas allt som avsiktligt skadar de kvinnliga könsorganen utan medicinsk orsak.
- Kvinnlig omskärelse utförs vanligen innan flickan är 15 år gammal.





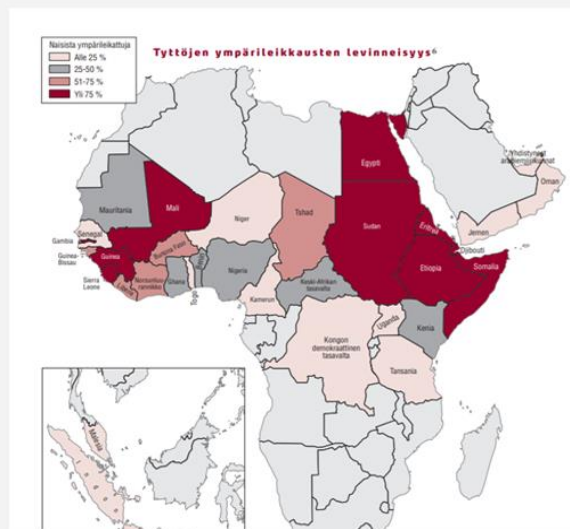
OLIKA TYPER

- Det finns enligt WHO fyra olika typer
 - Typ I: Omfattar delvis eller total borttagning av klitoris, och ibland enbart klitorisshuvan
 - Typ II: Omfattar delvis eller total borttagning av klitoris och de inre blygdläpparna, med eller utan borttagning av de yttre blygdläpparna.
 - Typ III: Kallas infibulation eller faraonisk omskärelse. Innebär att slidöppningen förminsas genom att skära och omplacera de inre eller yttre blygdläpparna, ibland genom att sy ihop. Detta sker med eller utan borttagning av klitoris.
 - Typ IV: Alla andra skadliga åtgärder mot det kvinnliga könsorganet utan medicinskt syfte.

UTBREDNING

☐ Förekommer bland:

- Muslimer, Kristna & Lokala trossamfund
- Rika & Fattiga
- På landsbygden & i städer



ORSAKER & ÅSIKTER VARIERAR

Religion:

- Muslimer: godkänd handling/en god gärning, en del anser typ III är förbjuden
 - › "rena sig" inför böner/fasta
- Kristna och Judar: Religiös rit som försäkrade kvinnans sexuella renhet
- Lokala trossamfund: Rit som förfädernas andar krävde (undvika straff av andarna)
- Stärka tron, föra en närmare Gud

Sexualitet:

- Minska kvinnans sexlust --> Behålla oskulden --> Bättre äktenskap & Trogen kvinna
- Okunskap (krävs för att bli gravid eller för att undvika komplikationer under förlossning)
- Gör kvinnan mera Feminin, Vacker och Respektabel + mera Normal och Hygienisk

Social acceptans:

- Stängd vulva = från en respektabel familj.
- Öst- och Västafrika: stora rituella och sociala "fester"
 - › Flickorna lär sig vad som förväntas av dem som vuxna kvinnor; Åkta makor och mammor
- Större brudgåva
- Respekt mot de äldre

HUR INGREPPET UTFÖRS

- På landsbygden och i byar utförs omskärelsen vanligtvis av äldre kvinnor eller traditionella bammorskor. I städer kan flickorna föras till sjukhus.
- Speciella knivar, rakblad, glasbitar eller saxar används.
- Ingreppet tar ungefär 15 minuter.
- Flickan hålls fast av de personer som närvarar.
- Örtblandningar, gröt eller aska används för att stoppa blödnigen.
- Vid infibulation används taggar från akacia-trädet eller kraftig tråd för att hålla ihop de yttre blygdläpparna.
- Efteråt binds flickans fötter ihop så att såret läker bättre och inte rivs upp.
- För att minska urinbildning får flickan endast lite vätska efter ingreppet.



KVINNLIG OMSKÄRELSE I FINLAND

Uppmärksammades i Finland på 1990-talet, då asylsökande från Somalia kom till Finland.

Förekommer i Finland främst bland somaliska och kurdiska migranter.

Ingen lag i Finland förbjuder kvinnlig omskärelse specifikt.

Straffbar handling → grov misshandel

Olagligt även med reinfibulation (= att sy ihop igen efter en "öppningsoperation")

KORTSIKTIGA KOMPLIKATIONER



SMÄRTA



SVÅRA BLÖDNINGAR
→ HEMORRAGISK
CHOCK → DÖD



INFEKTIONER



SVULLNADER



URINRETENTION

LÅNGSIKTIGA KOMPLIKATIONER



**KVINNLIG OMSKÄRELSE
PÅVERKAR DEN SEXUELLA OCH
REPRODUKTIVA HÄLSAN UR
BÅDE ETT FYSISKT, PSYKISKT
OCH SOCIALT PERSPEKTIV!**

SEX

- Smärta
- Svårt att:
 - Känna sexuell lust
 - Känna sexuell upphetsning
 - Bli våt
 - Nå orgasm
 - Känna sexuell njutning och tillfredsställelse.
 - Andra sätt att stimulera / harmoniskt och kärleksfullt förhållande.



MENS



SMÄRTSAMT



ANSAMLING AV MENSBLÖD
PGA. BLOCKERAD UTGÅNG



ÅTERKOMMANDE PROBLEM
EN GÅNG I MÅNADEN

FISTLAR, INKONTINENS OCH KLITORALA NEUROM

Fistlar:

- Långsiktig följd
- Kan orsakas av själva infibulationen, men också till följd av utdragna förlossningar pga trång förlossningskanal → barnet fastnar → vävnaden går i nekros
- Kan leda till att kvinnan blir inkontinent, både urin och avföring.

Klitorala neurom:

- Godartad tumör som uppstår när klitorisnerven skadas.
- Kan orsaka svår smärta, men kan även vara asymtomatiskt.
- Kan vara smärtsamt när kvinnan sitter, vid beröring, tvättning samt om kvinnan har tajta kläder.

KÄNSLOR & SKAM



Stress, Rädsla & Ängest gentemot sex

Oftast pga. Smärtan de upplevt



Rädsla innan de är gifta

Ovisshet om hur sexlivet skall bli, vet inte vilka förväntningar de kan ha



Bitterhet & Frustration i sexlivet



Skam inför att prata om sex



Stor okunskap om komplikationer, leder till större skam för de drabbade

Kvinnorna kan inte prata öppet om det

Riskerar att bli utfrysta och stämplade som förhåxade
Kan leda till psykiska problem, ex. Suicid tankar

Svårt med att se på sitt underliv

Känsla av distans till sin egen kropp

Besvikelse över att det inte finns något att undersöka med sin egen kropp

Rekonstruktionsoperation av klitoris kan hjälpa kvinnorna att känna sig hela och mera feminina igen

KROPPSUPPFATTNING

ÄKTENSKAPET

- Kan påverkas negativt.
- Kvinnan undviker sex och intimitet, tillfredsställer inte mannens behov.
- Behandlas dåligt om t.ex. inkontinens

"My husband left me when he saw that this problem [fistel] was not going away"

RÄDSLA & ÅNGEST - VID GRAVIDITET OCH FÖRLOSSNING

Rädsla och Ångest är
mycket vanligt

Vanliga orsaker:

- att dö under förlossningen
- påverkan på barnets mående
- ev. Bli tvungna till kejsarsnitt
- komplikationer (inkontinens bl.a.)
- hur barnmorskan skall klara av att hantera en deinfibulation

TRÅNG FÖRLOSSNINGSKANAL



BRISTNINGAR

- Det finns en risk att infibulationsåret spricker under en förlossning
 - Kan orsaka blödning
 - Kan bero på att förlossningskanalen är för trång

“The delivery of my second child was too quick and the child was pushed very hard. It was opened too wide, so I got a big wound that caused bleeding. As a result of the wide opening, I suffered a lot until the wound healed and left a scar after it.”

DEINFIBULATION

Öppningsoperation vid kvinnlig omskärelse av typ III.

Ingreppet utförs under

- Kort narkos
- Epidural- eller spinalbedövning
- Under lokalbedövning.

Operationen görs polikliniskt eller under en förlossning.

Ingreppet tar cirka 15 minuter att utföra.

Återhämtningen tar ungefär 1-2 dagar.

Deinfibulation ska erbjudas alla flickor och kvinnor som är omskurna enligt typ III.

VARFÖR DEINFIBULATION

Menssmärtor

Smärtor i nedre delen av buken

Återkommande urinvägsinfektioner

Residualurin

Svåra infektioner i genitalområdet

Diagnostisering och vård av gynekologiska problem.

Samlagsproblem

Uppföljning av graviditet

Undersökning under förlossning

DEINFIBULATION – NÄR?

REKOMMENDERAS ATT DET GÖRS INNAN KVINNA BLIR GRAVID.

OM DET INTE GJORTS INNAN GRAVIDITET BÖR DET GÖRAS UNDER
MITTEN AV GRAVIDITETEN.

OM DET INTE GJORTS FÖRE ELLER UNDER GRAVIDITET BÖR DET
GÖRAS UNDER FÖRLOSSNINGEN OCH UTFÖRS DÅ VANLIGEN AV EN
BARNMORSKA.

VIKTIGT ATT INFORMERA KVINNAN OM VILKA FÖRÄNDRINGAR
INGREPPET MEDFÖR.

SNABBARE ATT
KISSA.

FÖRÄNDRINGAR I
SEXLIVET.

MINDRE SMÄRTA
VID MENS.

BRA OM MANNEN
ÄR MED UNDER
SAMTALEN.

DEINFIBULATION UNDER FÖRLOSSNING

Sker under förlossningens andra skede
(krystningsskede).

Sker före episiotomi om det behövs.

Ingreppet utförs under lokalbedövning.

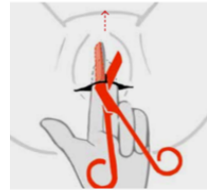
Klipppet görs under en sammandragning.

Kanterna kan sys ihop efter att förlossningen är över.

Om ärrvävnaden är tillräckligt elastisk behöver det inte göras någon deinfibulation.

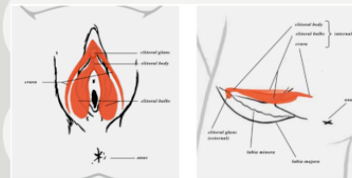
DEINFIBULATION – GENOMFÖRANDE

- Läkare / barnmorska för in två fingrar under ärret och lyfter på ärrvävnaden.
 - Skyddar underliggande vävnad.
 - För att en deinfibulation ska få göras bör det gå att lyfta på ärrvävnaden.
- Lokalbedövning av ärrvävnaden.
- Ärret klippas nerifrån och upp.
- Klipp tills urinrörsmyningen syns.
- Sårkanterna sys ihop på båda sidorna.



REKONSTRUKTION AV KLITORIS

- Ny procedur som beskrevs först i början av 2000-talet.
- Innebär att man öppnar upp huden som täcker klitoris för att få fram de fragment av klitoris som finns kvar.
- Ärrvävnaden tas bort och körteln placeras på sin normala plats.
- Operationen görs under generell anestesi för att undvika traumatiska minnen.
- Finns ännu lite evidens för åtgärdens resultat.
- Viktigt att alltid pröva sig på mindre invasiva åtgärder först, t.ex. sexualrådgivning.



ORSAKER

- Återställa klitoris anatomi och fysiologi
- Förbättra kvinnans självkänsla
- Förbättrad kroppsuppfattning
- Förbättrad sexuell funktion
- Minska smärta vid samlag

TIPS PÅ VIDARE LÄSNING:

- Ihmisoikeusliitto, 2007. *Female Circumcision in Finland*. [online] https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Female_Circumcision_in_Finland_IOL_2011.pdf
- Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A., Rusanen, S. & Laajasalo, S. (2015). *Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika* (6. uud. p.). Helsinki: Edita.
Kapitel: 8.14
- WHO, 2018. *Care of girls & women living with female genital mutilation – a clinical handbook*. [Online] <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1>
- Waris Dirie – En blomma i Afrikas öken